

Donna e droga

di M. Ancilla Dal Medico

1.1. Premessa

La droga più di qualsiasi altro fenomeno è manifestazione di disagio relazionale all'incrocio tra individuo, società e famiglia.

E' anzitutto un fenomeno socioculturale, determinato e soggetto a regole di mercato, di domanda ed offerta, sottoposto agli accelerati cambiamenti dello stile di vita che sono associati nella società occidentale al diffuso aumento del benessere, cambiamenti che invalidano i valori tradizionali o comunque ne limitano fortemente gli effetti pragmatici.

La droga è espressione di disagio individuale, per cui l'assunzione di sostanze psicotrope viene utilizzata come autoterapia e protesi psicologica di sostegno dell'Io¹.

In una lettura sistemica è anche manifestazione di difficoltà di tutto il nucleo familiare al quale il membro tossicodipendente appartiene, di difficoltà a livello di coppia coniugale, a livello di svolgimento di funzioni genitoriali, a livello di traumi transgenerazionali non riconosciuti e infine a livello di relazione tra la famiglia stessa e il contesto sociale di appartenenza.

In questo saggio verrà specificamente trattata la dipendenza da eroina, anche se il meccanismo alla base dell'assunzione delle varie sostanze stupefacenti è analogo e coincide con la ricerca di uno star bene artificialmente indotto.

Dai dati forniti dal Ministero dell'Interno, che ha istituito un Osservatorio Permanente sul fenomeno droga, i tossicodipendenti in trattamento sono al 30 giugno 1995, 82.826 presso i Servizi Pubblici ed i Sert, di cui 69.683 maschi e 13.143 femmine; 21.418 presso le Strutture Socio-Riabilitative e le Comunità, di cui 18.012 maschi e 3.406 femmine.

Il dato ovviamente trascura il sommerso, che viene calcolato dagli addetti ai lavori almeno triplicato rispetto al dato rilevato, per avvicinarsi alla dimensione reale del fenomeno.

Ma se vogliamo parlare della dipendenza da eroina anche in termini di malattia sociale, intesa come devianza da uno standard prestabilito di benessere, ci dobbiamo interrogare sulle differenze di senso che la malattia in genere assume.

La malattia può divenire una vera e propria costruzione sociale cui concorrono i tratti culturali complessivi di una certa realtà antropologica. Essa assume un senso, che va interpretato e che le viene assegnato da una situazione socioculturale specifica.

Secondo questa interpretazione, la storia della follia stessa appare paradigmatica, già le culture preindustriali sono state caratterizzate dalla presenza di interpretazioni magico-religiose della follia e sono stati classificati come folli comportamenti devianti, moralmente inaccettabili e come tali da reprimere. Nelle storie di internamenti si osserva ad esempio che per relegare una donna all'ambito della follia e quindi alla reclusione, spesso si è ricorsi a motivazioni morali, basate sulla non osservanza della norma che assegnava alla donna un ruolo preciso di sottomissione. Disturbi mentali classici quali la schizofrenia e le psicosi maniaco-depressive, riscontrabili in molte realtà antropologiche, evidenziano d'altra parte una profonda differenza nell'interpretazione del disturbo stesso e quindi nella rilevanza che esso assume all'interno della comunità di appartenenza e nelle modalità di trattamento del portatore del problema a seconda della società in cui gli specifici sintomi vengono analizzati. Questo significa anche che nell'attribuzione dei ruoli maschile e femminile, determinata culturalmente nelle diverse società nel corso della loro stessa evoluzione, si

¹ Clerici nel 1993 ha compiuto una ricerca su un campione di 276 soggetti in trattamento ambulatoriale o comunitario ed ha effettuato una classificazione delle diagnosi psicopatologiche alla base dello stato di tossicodipendenza aggregandole nella maggior parte dei casi intorno ai due poli della depressione e dei disturbi di personalità.

può attribuire un significato diverso alla stessa patologia dell'uomo e della donna, fino ad osservare manifestazioni patologiche più marcatamente maschili o più marcatamente femminili. Nella società industriale la tossicodipendenza è considerata una forma patologica più marcatamente maschile, mentre l'anoressia è vissuta come una patologia più segnatamente femminile.

Alcuni studi recenti ritengono che alla base di queste due manifestazioni patologiche ci possano essere però delle analogie sia nella struttura di base di personalità sia nelle cause di disagio. Sarebbe poi il contesto culturale a determinare nei maschi l'assunzione prevalente di comportamenti tossicomani e nelle femmine comportamenti di tipo anoressico.

Nella tossicodipendenza si manifesterebbe infatti un contenuto trasgressivo che nella sua lettura sociale è assegnato preminentemente agli uomini. Nella scelta della tossicodipendenza, quando questa viene effettuata da una donna, si ha una doppia trasgressione: alla norma e al mandato sociale che vuole la donna più capace dell'uomo di tollerare le frustrazioni, meno adatta all'espressione libera dell'aggressività e più legata alla famiglia.

1.2. L'incontro

L'incontro con la droga avviene in genere in una fase di vita, l'adolescenza, in cui l'identità sessuale viene fortemente verificata e messa in crisi dai rapporti con l'esterno. Dolto definisce il periodo adolescenziale come periodo della "muta". La muta è una "malattia normale", ma presuppone uno stato di sofferenza e di fragilità, il cui esito è incerto. "Dio, tavolo, o lavandino, cosa diventerà mai?" l'adolescente subisce una trasformazione di cui non può dire nulla.

La "crisi" solitamente attribuita all'adolescente deriva dal conflitto tra il mondo interno e mondo esterno, tra incertezze di questo e aspettative di quello.

Il gruppo, con la sua potenza affettiva e il suo preminente valore simbolico, offre la possibilità di rafforzare la propria identità nel confronto con l'altro, svolgendo la funzione di ponte tra l'infanzia e la vita adulta. Ma nel gruppo possono ricrearsi quei riti di iniziazione, come l'usare droghe, che sopperiscono all'essenza di altri riti significativi e soprattutto al colpevole mutismo degli adulti iniziatori. Anche in questo caso, per la ragazza vi è una doppia iniziazione, rispetto al mondo adulto e rispetto al mondo maschile.

La droga si prospetta come soluzione, falsa, alla crisi, al bisogno di individuarsi, autonomizzarsi e identificarsi anche sessualmente. Al dato certo, biologico, nascere uomo o donna, si affranca un dato culturale che implica una scelta: voglio essere uomo o donna, perché mi riconosco come tale. C'è chi non riesce ad uscire dall'incertezza o chi non si sente di cambiare le carte in tavola e al di là del dato biologico, non può chiedere un riconoscimento per quello che si sente realmente di essere, uomo o donna.

Ricorrente, alle origini della tossicodipendenza vi è questa incertezza sull'identità sessuale che la droga va a coprire, bloccandone contemporaneamente la ricerca, poiché fornisce una risposta attraverso l'agito e la sostanza stessa. Alla base sia dell'anoressia che della tossicodipendenza vi è dunque una sfida con la morte, giocata con l'illusione onnipotente di vincere.

Anche nell'uso della droga vi è un rapporto tormentato con il proprio corpo e con le proprie caratteristiche sessuali. L'assunzione massiccia di eroina blocca per lunghi periodi il ciclo mestruale come il sottopeso anoressico; l'idea onnipotente di controllo sul corpo da parte dell'anoressica, corrisponde all'idea della tossicodipendente di poterlo martoriare così come fosse un tiranno esterno, disgiunto da sé. E' il rifiuto di diventare donna originato dalla non fruibilità, per vari motivi, del modello femminile appreso attraverso la relazione con la madre.

Bisogna però rilevare che gli studi centrati sul rapporto fra tossicodipendenza e struttura familiare, nel tentativo di mettere in evidenza il legame eziopatogenetico tra vicende relazionali familiari e sviluppo del sintomo e nel tentativo di mettere a fuoco il tipo di relazione coniugale tra i genitori del membro tossicodipendente, le formazioni diadiche, gli eventi traumatici

transgenerazionali non riconosciuti e la carente funzione di accadimento genitoriale, hanno come oggetto di studio la tossicomania maschile².

Tuttavia l'osservazione clinica converge ormai nell'ipotizzare l'esistenza, sia nell'anoressia che nella tossicodipendenza femminile, di una forte opposizione alla madre e di un forte coinvolgimento con il padre. Il tipo di rapporto con il genitore di sesso opposto potrebbe essere uno dei fattori eziopatogenetici di origine familiare che possono determinare nella ragazza la manifestazione di comportamenti tossicomani piuttosto che anoressici.

L'anoressica, in competizione con la madre, si spinge alla conquista del padre, per riportarlo all'interno della famiglia: fa questo non solo per sé ma per la madre stessa. Tuttavia ad un certo punto la ragazza avverte "l'imbroglio", poiché scopre di essere stata coinvolta in un gioco delle parti "concordato" tra i genitori, gioco che di fatto la esclude: questo è il meccanismo che si ipotizza fondante l'anoressia³.

Nello sviluppo della tossicodipendenza femminile la relazione con il padre è invece caratterizzata dalla promessa ambigua di seduzione, contrabbandata per offerta di legame affettivo. La relazione di seduzione scava ulteriormente nella frattura esistente nel rapporto con la madre, che viene esclusa come terzo. Confusa, delusa, spaventata dalla pericolosità di un rapporto già fortemente avviato, almeno a livello fantasmatico nella sua dimensione incestuosa, la ragazza cerca di svincolarsi da questo legame cercato e temuto, rincorrendo una distanza in cui la droga fa da terzo incluso, sostituendo alla connivente dipendenza dal genitore che propone la seduzione, la dipendenza esercitata dalla sostanza stessa⁴.

Il mettersi a far parte di gruppi maschili diventa quindi un modo per dar corpo all'opposizione al modello femminile proposto e un tentativo di negare la propria femminilità vissuta come pericolosa.

Nel gruppo maschile viene ricercata una pseudoemancipazione e una diversità attraverso la trasgressione. In realtà l'incontro con la droga impedirà un'emancipazione vera e prorogherà indefinitamente la separazione dalla famiglia, così come verrà impedito il processo di differenziazione, non essendosi coerentemente compiuto il processo di identificazione.

Il procedere nella rete maschile porterà spesso fatalmente a rapporti di scambio droga-sesso. La tossicodipendenza femminile assume spesso un carattere più duo, degradato e disperato di quella maschile, ma tale carattere può anche diventare la premessa per un processo di recupero: se questo processo avviene in maniera adeguata la ragazza presenta un minor rischio di ricaduta dei maschi.

Il corpo già martoriato dall'eroina diventa mera funzione del piacere immediato, avvertito solo in quel momento e poi via via sempre più lontano, sempre meno parte di sé. La negazione del corpo contribuisce alla scarsa consapevolezza del proprio sé complessivo, poiché un corpo rifiutato e disprezzato è espressione di disprezzo e disistima del proprio sé, ed è per questo che la prostituzione può divenire comune mezzo per procurarsi la droga. Dunque, anche nella trasgressione vince sempre l'autolesionismo, piuttosto che forme lesive eterodirette come furti o altri reati tipici della tossicodipendenza maschile e se è legata ad un tossicodipendente, la donna si prostituisce anche per lui. Poi dirà che deve drogarsi perché non sopporta di prostituirsi e che deve prostituirsi perché ha bisogno di eroina, in un circuito che si autoalimenta. Talvolta avviene una vera e propria scotomizzazione: la ragazza elegante e raffinata scinde da sé la prostituta tossicomane. La quantità di sostanza necessaria per mantenere la scissione può allora diventare ancora maggiore.

Nasconde questa scissione un nucleo psicotico? E' stato accettato che i veri e propri disturbi psicotici che cercano una compensazione nella sostanza sono, in percentuale, piuttosto rari, la

² Il lavoro più recente di ricerca su famiglia ed eziopatogenesi dello stato di tossicodipendenza è quello compiuto da Cirillo e altri in cui, in analogia a quanto proposto per le famiglie a transazione psicotica, si propone un modello di lettura a sette stadi.

³ M. Selvini Palazzoli e altri hanno compiuto una ricerca su 142 famiglie con pazienti anoressiche cercando di individuare il percorso nella storia della organizzazione relazionale di queste famiglie che ha portato al sintomo anoressico individuando un processo a sei stadi.

⁴ Vinci affronta la tematica particolare dell'erotizzazione del rapporto genitore figlio/a paziente come esito di un particolare legame con il genitore di sesso opposto.

scissione sembra piuttosto ricercata per appagare un bisogno di normalità, che permane anche nelle forme di dipendenza più gravi e che ripropone la scissione con il proprio corpo. Quando l'Io si dissocia dal corpo, il corpo diventa un oggetto estraneo alla mente che lo percepisce. Questa operazione lo rende sede di emozioni fisiche, ricettacolo del calore e del piacere che dà l'eroina, ma staccato dalla mente e reso insensibile soprattutto per evitare il dolore mentale: in questo modo la persona non può più percepire neanche altre forme di piacere. Le emozioni positive e negative sono infatti significative proprio perché riguardano l'autopercezione e ingenerano il senso di identità.

1.3. La coppia e la maternità

La coppia tossicodipendente può apparire talvolta come una società di mutuo soccorso e se è questo il suo aspetto fondante allora il legame è resistente. Questo accade soprattutto quando i rapporti con la famiglia di origine, da cui rimane irrisolta la dipendenza di entrambi, sono interrotti. In questa coppia spesso è lei trainante e lui più debole; la sessualità ha poco o nessuno spazio e il piacere è vissuto insieme attraverso l'eroina.

Disintossicare e curare una coppia tossicodipendente equivale in genere a rompere la coppia stessa, poiché si interviene sugli aspetti fusionali e simbiotici che erano mantenuti vivi dalla sostanza. La crisi di identità che subentra eliminando la sostanza pone fine anche al rapporto che era basato sull'incontro fra identità fittizie e viene anche distrutto l'elemento irrazionale della coppia, quello che li separa dagli altri. Per questo motivo la fatica nel trattamento delle coppie tossicodipendenti è doppia per gli operatori, in quanto la coppia che si sente attaccata si difende da un'operazione vissuta come pericolosa.

La donna può iniziare a drogarsi per amore? Può restare vittima dell'eroina, vivendo un rapporto di coppia con un tossicodipendente, abbracciandone passivamente il destino?

In realtà, la ragazza inizia per curiosità, desiderio di trasgressione, situazione personale di profondo disagio, come i ragazzi. Se sceglie un ragazzo tossicodipendente forse è attirata più dalla droga che dal ragazzo. Quasi mai sarà lui l'iniziatore, lei cercherà attraverso il gruppo di fare le sue esperienze per poi presentarsi a lui al suo livello e stabilire una complicità che è costituita dal triangolo: l'eroina, io e te. L'eroina è l'amante vera di entrambi.

Le storie di ragazze che, motivate da spirito di redenzione nei confronti del ragazzo tossicodipendente sono state da lui irretite e sono cadute nella trappola della tossicodipendenza sono versioni camuffate dal reale interesse comunque primario per le sostanze stupefacenti. Non che non ci siano le donne che si innamorano proprio del bisogno di salvezza espresso dal tossicodipendente. Esse vanno a costruire un rapporto pseudoterapeutico, assumendo che il proprio sacrificio personale sarà agente di cambiamento per il partner. Il loro tentativo perdurerà senza che esse stesse assumano comportamenti tossicomani. Questa particolare scelta è stata comunque da alcuni classificata come co-dipendenza. Sono state definite anche "donne che amano troppo". Le loro storie personali rivelano un bisogno di superiorità e insieme di sofferenza, che riescono a soddisfare esercitando il loro ruolo salvifico. Certamente il senso di colpa del tossicodipendente è sempre molto elevato e il suo bisogno di spiazione collude perfettamente con il bisogno di questo tipo di donna di redimere.

Anche in caso di sieropositività la differenza di comportamento tra uomo e donna è netta. Una donna sieropositiva spesso tace la propria condizione perché sa che ha buone probabilità di essere fuggita come un'apestata da qualsiasi uomo sano. Al contrario la donna sana non rifiuta l'amore al partner contagiato. A volte rischia il contagio pur di concepire un figlio con lui, per non parlare dei casi estremi in cui il contagio è ricercato nel binomio amore-morte perché nessuno sopravviva all'altro.

E talora accade che anche in stato di dipendenza da eroina si annunci una gravidanza.

Se è frutto di rapporti occasionali, la gravidanza è quasi sempre percepita tardivamente, sia per le irregolarità e le lunghe assenze del ciclo mestruale, sia perché la separazione dal corpo non permette alla donna di accorgersi e di sentire i cambiamenti indicativi del nuovo stato. Per lo più

anche dopo l'accertamento dello stato di gravidanza il feto è percepito solo nell'ultimo periodo di gestazione in relazione ai suoi movimenti e ai referti ecografici.

Il limite maggiore per la tossicodipendente gravida, che comunque ha difficoltà a mentalizzare i processi emozionali che la riguardano, è l'incapacità di esprimere fantasie anticipatorie sul proprio bambino, l'incapacità a "vederselo" come oggetto-altro da sé. Diventare madre ripropone sotto nuove forme il conflitto con la propria madre ed è l'ambivalenza il sentimento dominante, l'oscillazione tra la negazione della maternità e l'idealizzazione del figlio come salvatore. In questa ambivalenza la donna può presentare due tipi di comportamento: legato al rifiuto e alla negazione vi è il mantenimento dell'assunzione di eroina, legato all'idealizzazione può esserci un tentativo eroico di cambiamento, che rischia di non avere tenuta nel tempo. Nel primo caso c'è una tendenza a delegare la gravidanza alla struttura sanitaria e c'è quindi un'accettazione a priori o forse una richiesta inespressa e inconscia di allontanamento dal figlio. Nel secondo caso possono avvenire rapide disintossicazioni, che derivano da un'identificazione adesiva alle richieste di cambiamento degli operatori e preludono a gravi e durature ricadute.

Se esiste una famiglia d'origine in grado di occuparsi del bambino accade assai frequentemente che la ragazza deleghi alla propria madre il compito di accudimento del figlio, rinunciando contemporaneamente a questa nuova possibilità di ricostruzione di un'identità. Alla base di questa scelta vi sono la scarsa stima di sé e i conseguenti sentimenti depressivi che l'autosvalutazione comporta. È anche un tentativo di riparazione nei confronti con la propria madre che lei ha deluso attraverso il proprio comportamento deviante, e collude con il bisogno della stessa di riscattarsi dal proprio fallimento genitoriale.

Il bambino si colloca così all'interno di relazioni disfunzionali. La ragazza diventa a poco a poco sorella del figlio, in un confusivo slittamento generazionale.

La maternità, oltre a rappresentare un ulteriore elemento di rischio sul piano psicopatologico, innesca anche mutamenti e periodi di crisi. Può provocare un'intensificazione di contatto con le strutture sociosanitarie e favorire l'emergere di richieste d'aiuto, che gli operatori devono essere in grado di accogliere, impegnandosi in progetti in grado di supportare adeguatamente la tossicodipendente madre, per favorire lo sviluppo della stima di sé e del senso di competenza.

I servizi sociosanitari sono stati però caratterizzati finora da profonda ambivalenza nei confronti della maternità della donna tossicodipendente, da un lato identificando automaticamente l'uso di sostanze stupefacenti con uno stato d'abbandono del figlio, dall'altro considerando la donna stessa come un soggetto privo di diritto a causa della sua scarsa difendibilità sul piano sociale. per questo motivo gli operatori si sono trovati in seria difficoltà nella realizzazione di progetti integrati di sostegno.

In America attualmente in atto una vera e propria criminalizzazione delle tossicodipendenti madri, al punto che un giudice, in Florida, luogo in cui il feto non è considerato persona, ha condannato una donna cocainomane per spaccio di cocaina, accusandola di aver ceduto la sostanza, al momento del parto, attraverso il cordone ombelicale.

Questa donna era nera e povera e la repressione ovviamente si abbatte su queste minoranze, pur essendo in America la percentuale di madre tossicodipendenti bianche il 14.1% contro il 15% delle madri tossicodipendenti nere. Un'azione punitiva di tal genere, basata sulla teoria della deterrenza, non impedisce naturalmente alla tossicodipendente gravida l'uso di droga, ma produce un esitamento delle strutture sanitarie. È l'opposto dell'approccio di limitazione del danno.

Anche in Italia, la mancanza di strutture adeguate ha spesso comportato l'adozione di soluzioni inidonee. L'inserimento nelle case di accoglienza per ragazze madre; non strutturate a svolgere uno specifico trattamento riabilitativo sulla tossicodipendenza, è risultato spesso fallimentare concludendosi con l'allontanamento del bambino dalla madre. D'altronde le comunità terapeutiche strutturano in genere i loro programmi in maniera tale che madre e figlio debbano essere necessariamente separati. Solo di recente, prendendo atto di questa esigenza, sono stati avviati, anche dalla Regione Veneto, progetti pilota rivolti sia alla cura della tossicodipendenza sia

alla salvaguardia della relazione madre-bambino. Il processo che si intende favorire è quello del recupero della ragazza tossicodipendente attraverso un forte investimento sul figlio. Si vuole intensificare lo sviluppo della relazione con il bambino, salvaguardando i suoi bisogni di accudimento e di rapporto significativo, permettendo alla madre di avviare nel contempo un processo elaborativo che la porti ad affrontare i nodi irrisolti del suo essere figlia deprivata e un processo di crescita che la porti all'assunzione di responsabilità genitoriali, che andranno supportate per tempi molto lunghi.

Certamente le coppie stabili con figli, con uno o entrambi i membri tossicodipendenti, sono in aumento e questo pone gli operatori e le istituzioni di fronte a responsabilità complesse, impegnandoli a produrre una nuova cultura a riguardo sia sul piano teorico che operativo.

Riferimenti bibliografici

- Andreoli V., "Famiglia con genitori tossicodipendenti", in *Bambino incompiuto*, n. 2, 1991.
- Cancrini L., *Quei temerari sulle macchine volanti*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1982.
- Cirillo S. et al., "Un'ipotesi eziopatogenetica della tossicodipendenza", in *Ecologia della mente*, 1993.
- Clerici M., *Tossicodipendenza e psicopatologia*, Angeli, Milano, 1993.
- Dolto F., *Adolescenza*, Mondadori, Milano, 1990.
- Norwood R., *Donne che amano troppo*, Feltrinelli, Milano, 1993.
- Olivenstein C., *L'infanzia del tossicomane*, Archivio di psic. neur. psych. vol. 42, 1981.
- Selvini Palazzoli M. et al., *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina, Milano, 1988.
- Siegel L., "La criminalizzazione delle donne consumatrici di droghe incinte e madri" in *La riduzione del danno*, Aa. Vv., Ed. Gruppo Abele.
- Vinci G., "Percorsi familiari nelle tossicomanie da eroina: verso una tipologia delle coppie parentali", in *Ecologia della mente*, 1991.